Nr 28. Kraków, 13. lipca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęc. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 ha

Rok LVII. Kraków, 13 lipca 1918 Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

DR. LEON KONRAD GLIŃSKI

profesor anatomii patologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim, zmarł w 48. roku życia dnia 7. lipca 1918.

Życiorys podamy w jednym z następnych zeszytów.

Ze szpitala garnizonowego Nr. 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

IV.

O zachowaniu się azotu pozabiałkowego w surowicy krwi w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał[1])

Prof. Dr Maryan Franke.

(Praca wykonana przy współudziale Dr farm. A. Gottesmanna z Budapesztu).

(Dokończenie).

II. Grupa.

Do drugiej grupy zaliczyliśmy wszystkie przypadki ostrego schorzenia (zapalenia) nerek, w których liczba N-pozabiałkowego była wyższa ponad 40. mg. w 100 cm. sz. surowicy krwi, a należy tu 47. uwzględnionych, to jest 72,2% wszystkich przypadków; spostrzeżenie, które daje nam podstawę do twierdzenia, że w ostrem zapaleniu nerek w ogóle przeważają przypadki ze zwiększeniem N-pozabiałkowego we krwi.

Ze względów klinicznych należy nam jednak grupę drugą podzielić na dwa poddziały. Do pierwszego (II. A.) zaliczymy przypadki, w których liczba N-pozabiałkowego wahała się w granicach między 40. a 100 mg. R-N w 100 cm. sz. surowicy krwi — zwiększenie średnie — i te wynoszą 59,7%, a do drugiego poddziału (II. B.) należą znowu przypadki, w których liczba N-pozabiałkowego była wyższa ponad 100 mg. w 100 cm. surowicy — zwiększenie znaczne, i te wynoszą 10,5% liczby przypadków uwzględnionych. Ten podział grupy drugiej jest wskazany ze względów praktycznych, ponieważ między obu poddziałami stwierdzamy wyraźne różnice pod względem przebiegu klinicznego.

Z poddziału II. A. zestawiam krótko zebrane najważniejsze, a najbardziej typowe przypadki w liczbie dwudziestu, a zaznaczam, że reszta (20 przyp.) nie odbiega znacznie od nich, chyba tylko pod względem częstości mocznicy, a częściowo i stopnia obrzęków ogólnych.

Przypadki o średniem zwiększeniu (40.—100 mg.) N-pozabiałkowego we krwi.

1. Gregor 31. l. 14. dzień choroby, bardzo silne obrzęki, serce powiększone, P = 48 uderz. na min., wątroba lekko powiększona, napady mocznicy drgawkowe. Mocz: białko 12‰—8‰, C. g. 1018—1016, w osadzie krwi brak, później zamroczenia mocznicowe. R-N w 100 cm. sz. 17. IV. 86·8 mg. 25. IV. 75·6 mg.

2. Mies 50. l. 5. dzień choroby, obrzęki średnie, wątroba lekko powiększona. Mocz: białko 1·75‰—2‰—3‰, C. g. 1023—1015—1023, w osadzie krew obecna, stan mocznicowy. R-N w 100 cm. sz. 64,4 mg.

3. Drociuk 48. l. 7. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone. Mocz: białko 5‰—7‰1·25‰, C. g. 1026—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 70 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

4. Weber 20. l. 2. tygodnie choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone. Mocz: białko 12‰—3‰—1·5‰, C. g. 1016—1018, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 70 mg.

5. Mangi l. 20. 7. dzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 48 uderz. na min., Mocz: białko 13‰—7‰, C. g. 1020—1024, w osadzie nieznaczna domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 84 mg.

6. Szostak 33. l. 3. tydzień choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian, P = 48 uderz. na min. Mocz: białko 5‰—3·6‰—2½‰, C. g. 1018—1015—1014, w osadzie krew obecna, stan mocznicowy. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

7. Bach. 26. l. 3. tygodnie choroby, obrzęki średnie, serce bez zmian. Mocz: białko 5·5‰—1‰—1·3‰—1‰, C. g. 1015—1018—1015—1020, ilość moczu: 1500—2400—1800, napady drgawkowe mocznicy. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg.

8. Meszaros 31. l. 2. tygodnie choroby, obrzęki silne, P = 56 uderz. na min. Mocz: białko 5‰—3·25‰, C. g. 1016—

1024, w osadzie bardzo skąpa domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 53·2 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

9. Kuczwara 42. l. 4. tygodnie choroby, obrzęki bardzo silne, wątroba powiększona. Mocz: białko 3·75‰—1‰, ślad, C. g. 1016—1022—1014, ilość moczu: 1500—2000—2500, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 27. V. 75·6 mg. 25. VI. 30·8 mg.; z końcem pobytu bez obrzęków i bez białka.

10. Besta 25. l. 14. dni choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 44 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 1·2‰—0·5‰, C. g. 1020—1014, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 81·2 mg., z końcem pobytu brak obrzęków.

11. Barczuk 51. l. parę miesięcy chory, obrzęki silne, serce bez zmian. Mocz: białko 6·5‰—4‰, C. g. 1016—1020. Ilość moczu: 1000—1000, w osadzie domieszka krwi silna. R-N w 100 cm. sz. 56 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

12. Vida 48. l. 10. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 40 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 10‰, C. g. 1018, ilość: 1000—1800—1300, krwi brak, stan mocznicowy (przy I. badaniu). R-N w 100 cm. 14. VI. sz. 56 mg. 24. VI. 44·8 mg. Obrzęki bardzo uporczywe.

13. Sądorak 19. l. 5. dzień choroby, obrzęki zaznaczone, serce małe, P = 90 uderzeń na min. Mocz: białko 3·1‰, C. g. 1020, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm sz. 53·2 mg.

14. Jakobac 19. l. 17. dzień choroby, obrzęków brak, P = 72 uderz. na min. Mocz: białko 0·75‰, C. g. 1016, w osadzie obfita domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 61·6 mg.

15. Schmied 32. l. 2. miesiące choroby, obrzęki małe, serce bez zmian, P = 72 uderz. na min. Mocz: białko 1‰ C. g. 1016, w osadzie obfita domieszka krwi. R-N w 100 cm. sz. 53.2 mg.

16. Niewetz 19. l. 1. miesiąc choroby, obrzęki zaznaczone, P = 78 uderz. na min. Mocz: białko 1·5‰, C. g. 1016, ilość: 650, w osadzie krwi brak. R-N w 100 cm. sz. 47·6 mg.

17. Nemec 39. l. 2. miesiąc choroby, obrzęki małe, serce powiększone, P = 68 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 1‰, C. g. 1016, w osadzie mierna ilość krwi. R-N w 100 cm. sz. 53·2 mg.

18. Asseg 45. l. 15. dzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 44 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 3·25‰—1·3‰, C. g. 1028—1016, ilość moczu: 700—3500—2900—2600, skąpa domieszka krwi w osadzie. R-N w 100 cm. sz. 50·4 mg., z końcem pobytu obrzęków brak.

19. Thomas 42. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, P = 48 na min. Mocz: białko 12‰—3‰, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy (z początku). R-N w 100 cm. sz. 5. X. 86·8 mg. 16. X. 33·5 mg. Obrzęki ustępowały wolno.

20. Łoś 45. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo znaczne. Mocz: białko 1·2‰, w osadzie krwi brak, napady drgawkowe mocznicy (w początku). R-N w 100 cm. sz. 44·8, pod koniec pobytu obrzęki ustąpiły.

Równocześnie podaję poniżej wszystkie, w liczbie 7, nasze przypadki o znacznem zwiększeniu N-pozabiałkowego, należące do poddziału II. B, zwracając w nich uwagę przedewszystkiem na wyniki badania krwi, przeprowadzanego okresowo, co pewien czas wśród przebiegu sprawy chorobowej.

Przypadki o znacznem zwiększeniu (wyżej 100 mg.) N-pozabiałkowego we krwi.

1. Hodosan 25. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, tony serca głuche, P = 68 uderz. na min., wątroba prawidłowa. Mocz: białko 6‰—1·5‰—0·85‰, C. g. 1020—1012—1018, w osadzie zmienna, silna domieszka krwi, stan mocznicowy (zamroczenie, senność, ból głowy, nudności). obrzęki uporczywe, ustępują powoli, po 6. tygodniach ustąpiły zupełnie. R-N w 100 cm. sz. 26. IV. 109,2 mg. 12. V. 75·6 mg. 28. V. 40 mg.

2. Cita 46. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce prawidłowe, tony serca głuche, wątroba miernie powiększona. Mocz: białko 9‰—6‰—6‰, C. g. 1018—1016—1016, ilość moczu: 1000—750—2000, w osadzie krwi ślad, stan mocznicowy przez długi czas, pod koniec pobytu nudności i bóle głowy od czasu do czasu, obrzęki bardzo uporczywe, po 7. tygodniach bez zmian. R-N w 100 cm. sz. 12. V. 103,6 mg. 18. V. 98 mg. 14. VI. 47·6 mg.

3. Tanerer 33. l. 5. dzień choroby, obrzęki silne, serce powiększone, tony serca głuche, wątroba bez zmian. Mocz: białko 15‰—20‰—20‰—8‰, C. g. 1017—1014—1020, ilość moczu: 600—1200—1600, w osadzie bardzo silna domieszka krwi, stan mocznicowy wybitny przez 3. tygodnie trwający, obrzęki bardzo uporczywe, po 6. tygodniach prawie bez zmiany. R-N w 100 cm. sz. 16. V. 114,8 mg. 22. V. 98 mg. 18. VI. 56 mg.

4. Barnaś 40. l. 2. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce powiększone, tony serca głuche, P = 60 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 6·5‰—6‰—2·4‰—2‰, C. g. 1024—1020—1014—1014, ilość moczu: 800—1000—2500—3000, w osadzie obfita domieszka krwi, stan mocznicowy przez 3—4 tygodnie, obrzęki bardzo uporczywe, po 8. tygodniach ustąpiły obrzęki zupełnie. R-N w 100 cm. sz. 16. VIII. 131,6 mg. 28. VIII. 81,2 mg. 3. X. 44,8 mg.

5. Myszczyszyn 24. l. 4. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, P = 64 uderz. na min., wątroba powiększona. Mocz: białko 6‰—9‰, C. g. 1015—1016, ilość moczu: 2000—1800, w osadzie krwi brak, stały stan mocznicowy, obrzęki przez 3. tygodnie bez zmian, objawy mocznicy bez zmian. R-N w 100 cm. sz. 8. VI. 117·6 mg. 20. VI. 123·2 mg.

6. Wollmann 24. l. 2. tydzień choroby, obrzęki mierne, serce bez zmian, wątroba niepowiększona. Mocz: białko 12‰—9·5‰, C. g. 1022—1024, ilość moczu: 1200—1000, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy wybitny, po 4 tygodniach stan niezmieniony. R-N w 100 cm. sz. 15. VII. 120,4 mg.

7. Molnar 20. l. 1. tydzień choroby, obrzęki bardzo silne, serce bez zmian, tony serca głuche, wątroba niemacalna. Mocz: białko 12‰—9‰—10‰, C. g. 1016—1018—1016, ilość moczu: 200—1360—500, w osadzie krwi brak, stan mocznicowy postępujący, z początku napady drgawkowe mocznicy, obrzęki bez zmian, śmierć w 5. tygodniu pobytu. R-N w 100 cm. sz. 30. IV. 204,4 mg. 10. V. 253,4 mg. 20. V. 226,8 mg.

Jeżeli weźmiemy na uwagę całą grupę drugą, to dojdziemy do przekonania, wyrażonego już przy omawianiu grupy pierwszej, że na podstawie liczby N-pozabiałkowego, w tych przypadkach zwiększonej, nie możemy sądzić o postaci ostrego schorzenia (zapalenia) nerek. I w tej grupie spotykają się ze sobą przypadki nefrozy z typowymi przypadkami ostrego zapalenia nerek w ściślem słowa znaczeniu, a nawet stwierdziliśmy tu jeden przypadek zapalenia nerek bezbiałkowego, który przytoczyłem w poprzedniej rozprawce mojej o tym przedmiocie.

Odmiennie natomiast od pierwszej grupy przedstawia się grupa druga pod względem przebiegu klinicznego. Tu trudno nam będzie twierdzić ogólnie o łagodności przebiegu klinicznego, choć korzystniej może przedstawia się jeszcze poddział II. A., którym zajmiemy się przedewszystkiem.

W tym poddziale spotykamy znowu przypadki, w których objawy kliniczne zapalenia nerek cofają się szybko; więc obrzęki znikają rychło, ilość białka maleje do paru tygodni, tak, że mocz jest ostatecznie bez białka lub zawiera tylko ślady białka, a stan ogólny jest zupełnie dobry, połączony z poczuciem zupełnego zdrowia, mimo ciężkich objawów początkujących, jak n. p. w II. A przyp. 9. i inne, których nie umieściłem w zestawieniu. Lecz przeważna część przedstawia obraz cięższy tak pod względem poszczególnych objawów, jak i czasu ich trwania. Wziąwszy na uwagę choćby już obrzęki, to widzimy, że w grupie I. tylko 35% przypadków okazało bardzo silnie rozwinięte obrzęki, gdy w poddziale II. A. już 57,5% przebiegało z bardzo silnymi obrzękami. Również ilość białka, choć jest ona zależna przedewszystkiem od postaci zapalenia, — w tych przypadkach była przeważnie wyższa, a rzadziej stwierdzaliśmy przypadki o małej ilości białka na szczycie sprawy chorobowej. Najwazniejszym zaś i najcięższym objawem była u tych chorych mocznica, którą spotykaliśmy w grupie II. A. znacznie już częściej, niż w poprzedniej. I tak w grupie I. tylko w $^{1}/_{10}$ przypadków t. j. w 10% stwierdziliśmy objawy mocznicy, gdy w poddziale II. A. już $^{1}/_{4}$ na szczycie sprawy okazywała wybitne objawy mocznicowe, to jest 25% przypadków. Co do postaci, to rzadziej stwierdzaliśmy napady drgawkowe, częściej zaś typowy stan mocznicowy ogólny bez drgawek. Zaznaczyć jednak należy, że zwiększenie liczby N-pozabiałkowego nie idzie równolegle z wystąpieniem mocznicy, bo jak przy niższej liczbie R-N nieraz występowała typowa mocznica, tak w drugim przypadku o wyższej liczbie R-N brak jej było zupełnie i naodwrót. Charakterystyczne może było to, że napady drgawkowe spotykaliśmy przeważnie w przypadkach o liczbie N-pozabiałkowego, zbliżonej bardziej do granic prawidłowych, chociaż nie bez wyjątków. W tej grupie nie straciliśmy jednak ani jednego przypadku wśród objawów mocznicy, chociaż dodać muszę, że może często czas pobytu chorego na oddziale był za krótki, bo nie przenosił zwyczajnie 6—7 tygodni. Z innych objawów klinicznych podnieść należy w tej grupie znacznie częściej spotykane zwolnienie tętna, jako następstwo znaczniejszego ogólnego zatrucia. Czy w tych przypadkach czę-

ściej występują powikłania ze strony innych narządów, jak narządu krążenia, płuc lub jamy brzusznej, to trudno osądzić. Ale wspomnieliśmy już, że w poddziale II. A. i przebieg kliniczny jest cięższy, bo przedewszystkiem czas trwania najważniejszych objawów był dłuższy. Uporczywie przeważnie utrzymywały się u tych chorych obrzęki ogólne mimo małosolnej dyety i znacznego ograniczenia podawanych płynów; ustępowanie powolne obrzęków trwało najmniej 6—7 tygodni. Ilość białka w moczu zmniejszała się również powoli i utrzymywała się w większym stopniu mimo zupełnego znikania obrzęków, wogóle w bardzo małej liczbie przypadków doszliśmy do śladów białka po 6—7-tygodniowym pobycie chorego w szpitalu i wypuszczaliśmy chorych przeważnie ze znacznemi ilościami białka i nieprawidłowego osadu moczowego. Zaznaczę jeszcze raz, że objawy mocznicowe trwały w tych przypadkach przeważnie długo, stan zamroczenia trwał najczęściej parę tygodni. Po ustąpieniu zaś mocznicy stwierdzaliśmy zwykle zmniejszanie się N-pozabiałkowego we krwi do liczb prawidłowych, tak, że w tych przypadkach do oceny przebiegu ważne również było powtórzenie badania R-N w surowicy krwi. Nie od rzeczy będzie dodać, że pobyt 6—7-tygodniowy chorego w szpitalu w I. grupie w przeważnej liczbie przypadków wystarczał do wypuszczenia chorego zupełnie lub prawie zupełnie bez białka w moczu i z dobrym stanem ogólnym, w grupie II. A. po tym samym okresie pobytu chorego białko w moczu było przeważnie wybitnie obecne, a stan ogólny był daleki od obrazu ozdrowienia.

O widokach, dotyczących dalszego przebiegu, jak i ostatecznego wyniku u wielu naszych chorych, mówić coś pewnego będzie trudno, bo nie mogliśmy pobytu chorego przedłużać zwykle ponad 6—7 tygodni. Wprawdzie przeważna część chorych w chwili opuszczania oddziału przedstawiała obraz ciągle poważny, który pozwalał na przypuszczenie najmniej długiego jeszcze trwania sprawy chorobowej, jeżeli nie wprost na niekorzystny wynik co do życia chorego lub przejście sprawy w stan nieuleczalny, ale brak nam pewnych dowodów do twierdzenia stanowczego w tym przedmiocie.

Bez względu na to, na podstawie spostrzeżeń naszych, poczynionych u chorych w czasie ich pobytu w szpitalu, możemy twierdzić, że wykazanie średniego zwiększenia liczby N-pozabiałkowego w surowicy krwi (granica między 40. a 100. mg. w 100 cm. sz. S.) zmusza nas już do poważnego rokowania co do najbliższej przyszłości przypadku i każe obawiać się z wielkiem prawdopodobieństwem wystąpienia objawów mocznicy, lub też w razie istnienia jej wskazuje na jej uporczywość. Na podstawie średnio-wyższej liczby R-N będziemy mieli prawo rokować o uporności poszczególnych innych objawów klinicznych zapalenia nerek, jak i najmniej o uporczywości sprawy chorobowej w nerce wogóle, a może i o niekorzystnym jej ostatecznym wyniku dla chorego. Dodam, że i w tych przypadkach w rokowaniu musimy uwzględnić zachowanie się innych narządów, więc przedewszystkiem stan narządu krążenia, a potem płuc i t. d., bo powikłania z tych narządów mogą prędzej sprowadzić śmierć osobnika, niżby to zapowiadał stan jego nerek.

Przechodząc wreszcie do omówienia poddziału II. B., widzimy na pierwszy rzut oka, że tu należą najcięższe przypadki ostrego zapalenia nerek. Na szczycie sprawy chorobowej chorzy przedstawiają obraz kliniczny schorzenia ciężkiego. Obrzęki we wszystkich przypadkach dosięgają znacznych rozmiarów, a nie spotykamy tu ani jednego ostrego przypadku z małymi obrzękami lub też bez obrzęków ogólnych; obrzęk stwierdziliśmy tu u 100% chorych. Białko utrzymywało się również w granicach mimo różnych postaci ostrego zajęcia nerek. Ponad wszystkimi objawami klinicznymi u tych chorych górowała jednak typowa mocznica, którą w tej grupie (II. B.) stwierdziliśmy w 100% przyp. Wysoka liczba N-pozabiałkowego we krwi i stan mocznicowy, to dwa ze sobą ściśle związane objawy. Co do postaci mocznicy, to typem był tu stan mocznicowy bez drgawek, w którym przeważają objawy zamroczenia przytomności, senność, ból głowy, brak łaknienia, nudności, wymioty i bezwład ogólny, a rzadziej wplatają się w ten obraz drgawki ogólne, nie stanowiąc jednak nigdy objawu dominującego ponad inne. Ciężkie powikłania w zakresie narządu oddechowego i zmiany w narządzie krążenia uzupełniały zwykle ciężki obraz schorzenia u tych chorych.

A jeżeli w tych przypadkach następowała poprawa stanu, to zjawiała się ona bardzo powoli i była zwykle niezupełna. Najszybciej jeszcze przy odpowiedniem leczeniu ustępowały wreszcie obrzęki, ale zwykle trwały one bardzo upornie. Mimo zupełnego głodzenia chorego nawet i one nie chciały się cofać, tak, że tylko dwa przypadki potrafiliśmy uwolnić od obrzęków, lecz i w tych stan nieprawidłowy moczu zmienił się tylko nieznacznie. Wogóle we wszystkich przypadkach mocz pod koniec pobytu chorego okazywał wybitny stan nieprawidłowy, wskazując na znaczne prawdopodobnie zmiany anatomiczne w nerkach. W jednym przypadku (zest. III. przyp. 1.) doprowadziliśmy wprawdzie do ilości białka tylko 0,85%, ale osad moczu i stan ogólny chorego nie dawał podstaw do przyjęcia zbliżającego się wyleczenia sprawy. Uporczywy był również stan mocznicowy chorych, który nieraz tygodniami trwał bez żadnej zmiany. Charakterystyczne było w tych przypadkach wahanie się liczby R-N we krwi, która zmniejszała się mniejwięcej równolegle do stanu ogólnego chorego, zwłaszcza prawie równolegle do stanu mocznicy lub też zwiększała w miarę pogarszania objawów. W jednym tylko przypadku (zest. III. przyp. 1.) po 5 tygodniach liczba N-pozabiałkowego spadła do wysokości prawidłowej 40 mg., z ustąpieniem i innych ważniejszych objawów klinicznych, lecz i w tym przypadku na podstawie obrazu moczu i stanu ogólnego rokowanie musiało (zdawało się) być niekorzystne. Zresztą liczba R-N przeważnie utrzymywała się uporczywie na poziomie ponadprawidłowym, chociaż nie stałym. Pamiętać jednak należy o tem, że liczba N-pozabiałkowego, mimo znacznego początkowego jej zwiększenia na szczycie nasilenia ostrego stanu zapalnego, w dalszym przebiegu może przecież spaść następowo do granic prawidłowych i utrzymywać się jakiś czas na tej wysokości. Lecz i w stanie krwi widzimy przeważnie tę uporczywość, którą stwierdzamy i w przebiegu klinicznym tych przypadków, jako characteristicum ciężkości stanu chorobowego. Dodać należy jeszcze, że u tych chorych, u których wreszcie obrzęki ustąpiły, a stan moczu nieco się poprawił, spostrzegaliśmy obraz wybitnej niedokrwistości, tak charakterystycznej dla ciężkich postaci przewlekłych zapaleń nerkowych. Czy w tych przypadkach mimo ciężkiego stanu możemy się spodziewać przecież wyleczenia sprawy chorobowej, to pytanie, na które trudno byłoby nam odpowiedzieć na podstawie naszego dotychczasowego doświadczenia. Stan chorych w chwili opuszczenia oddziału nie dawał nam żadnych podstaw do korzystnego rokowania tak co do najbliższej, jak i dalszej przyszłości. Piętno nieuleczalności mieli ci chorzy na sobie wypisane, chociaż mógłbym się może mylić co do tego wobec znanych przypadków wyleczenia (?) ostrej sprawy nerkowej nawet i po roku jej trwania. Rokowanie jednak musi być w tych przypadkach jeżeli nie zupełnie złe, to przecież bardzo wątpliwe. Do takiego twierdzenia zdają się nas uprawniać przypadki przezemnie spostrzegane.

Osobno jeszcze należy omówić przypadek ostatni poddziału II. B. (przyp. 7.), który przytoczę szczegółowiej. U tego chorego pozornie już w drugim tygodniu sprawy chorobowej rozwija się obraz ciężkiej ostrej nefrozy z równoczesnem zajęciem kłębków nerkowych, za czem przemawiałby stosunkowo niewysoki ciężar gatunkowy moczu i domieszka krwi w drugiej połowie pobytu chorego w szpitalu, jak i wysokie parcie krwi, wynoszące około 200 mm. Hg. U tego chorego obrzęki były bardzo silne, a nie zmieniły się przez cały czas jego obecności na oddziale; na pierwszy plan jednak wystąpił ciężki stan mocznicowy z silnem zamroczeniem przytomności, sennością, bolami głowy, nudnościami i wymiotami; z początku pobytu chory miał raz jeden bardzo krótkotrwały napad lekkich drgawek mocznicowych, które potem już się nie powtórzyły nigdy. Przy stale małej ilości moczu i wśród pogarszających się stale objawów mocznicy, tak, że chory pod koniec ledwie dawał się obudzić celem odpowiedzi, nastąpiło zejście śmiertelne. Jako końcowe powikłanie wystąpiło u tego chorego zrazikowe zapalenie płuc, które sekcya potwierdziła. W przebiegu sprawy chorobowej nie mogliśmy stwierdzić żadnego wpływu leczenia naszego, lecz stałe pogarszanie się sprawy, postępujące aż do śmierci. Badanie krwi wykazało maksymalne zwiększenie się N-pozabiałkowego ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy i dalsze zwiększenie się jego z pogarszaniem się stanu klinicznego.

Kończąc nasze rozpatrywania, na podstawie nielicznych może, ale zgodnie przebiegających przypadków ostrego schorzenia (zapalenia) nerek, należących do poddziału II. B., musimy dojść do przekonania, że w ostrych zapaleniach nerek w razie wykazania znacznego zwiększenia liczby N-pozabiałkowego w surowicy krwi (ponad 1000 mg. w 100 cm. sz. surowicy) rokowanie nasze musi być bardzo poważne tak co do stanu czasowego, jak i bliższej, lecz i dalszej przyszłości chorego; utrzymywanie się uporne objawów klinicznych, uporczywość stanów mocznicowych, grożących życiu i przewle-

kłość sprawy chorobowej, to characteristicum tej grupy; piętno nieuleczalności, to cecha właściwa przeważnej części tych przypadków, choć poprawa stanu klinicznego należy do częstych objawów w przebiegu, wahające się między polepszaniem i pogarszaniem się objawów. Przypadek zaś nasz ostatni (grupa II. B. przyp. 7.), przy uwzględnieniu doświadczeń obcych, dotyczących jednak przeważnie przewlekłych zapaleń nerkowych, uprawnia nas przytem do twierdzenia, że u chorych z maksymalnem zwiększeniem N-pozabiałkowego w surowicy krwi ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy rokowanie z reguły jest złe tak co do czasu trwania sprawy chorobowej, jak i życia wogóle. W podobnych przypadkach śmierć następowała zwykle w najbliższych miesiącach wśród objawów postępującej mocznicy, zwłaszcza jeżeli w czasie spostrzegania można było stwierdzić stałe dalsze zwiększanie się lub też utrzymywanie wysokiej już liczby R-N we krwi chorego. Znane są wprawdzie przypadki ostrego zapalenia nerek ze zwiększeniem liczby N-pozabiałkowego ponad 200 mg. w 100 cm. sz. surowicy na szczycie sprawy chorobowej, w których mimo to nastąpiło powoli cofnięcie się objawów i restytucya (wyleczenie?) sprawy, lecz te należą do nadzwyczajnych wyjątków, które nie zachwiewają słuszności wyżej wyrażonego ogólnego twierdzenia.

Przechodząc do wniosków końcowych, do których nas uprawniają badania nad zachowaniem się N-pozabiałkowego we krwi osobników ze schorzeniem nerek, przypomnieć należy jeszcze raz, że zatrzymywanie tych ciał w ustroju jest tylko wynikiem zaburzenia sprawności funkcyonalnej nerek, i to wynikiem zaburzenia jednej z najważniejszych ich czynności, to jest wydzielania produktów rozpadu białkowej przemiany materyi. Dotychczasowe badania nie dają nam żadnej podstawy do rozstrzygania o miejscu, ani o rodzaju toczącego się schorzenia, któreby było źródłem tej niesprawności (niedomogi) nerek w tym kierunku. W tych samych postaciach schorzenia nerek stwierdzamy w jednym przypadku prawidłową, w innym zwiększoną liczbę R-N we krwi, jak i w różnych okresach tegosamego przypadku stwierdzamy raz większą, a drugi raz mniejszą liczbę N-pozabiałkowego. Jeżeli uwzględnimy przedewszystkiem przewlekłe sprawy nerkowe, to wysokość liczby R-N we krwi, jako miernik niedomogi nerkowej, jest tylko wyrazem okresu schorzenia, który nazywamy okresem niedomogi nerkowej, a wystąpić on może w każdej postaci klinicznej zajęcia nerek.

W przypadkach ostrej sprawy nerkowej »zapalnej« liczba N-pozabiałkowego jest również wskaźnikiem tylko sprawności, a nie rodzaju schorzenia nerek. I nasze badania wykazały w pierwszym rzędzie, że na podstawie wysokości liczby R-N nie możemy sądzić o postaci klinicznej zajęcia nerek, więc również ani o rodzaju ani o usadowieniu sprawy w nerce. Wysokość liczby N-pozabiałkowego we krwi, będąc miarą sprawności nerek, jest dla nas przedewszystkiem wykładnikiem ciężkości schorzenia w tych przypadkach. Sprawa chorobowa ostra, która daje powód do wystąpienia ciężkich zaburzeń sprawności nerek w kierunku wydzielania produktów rozpadu białka, musi mieć jako tło zmiany natury bardzo poważnej, których restytucya wymagać musi conajmniej długiego czasu lub też jest ona wogóle niemożliwa ze względu na ciężkość zaszłych zmian. Gdy więc liczba prawidłowa R-N we krwi pozwoli nam przeważnie rokować korzystnie co do długości trwania ostrej sprawy, to wzmożenie tej liczby zmusza nas do rokowania mniej korzystnego w sprawie trwania stanu nieprawidłowego, bo tu tło stanowić musi ciężki stan patologiczny, który jest mniej zdolny do restytucyi, niż w przypadku pierwszym. Jasnem jest, że ostateczny wynik lub ewentualne przejście sprawy ostrej nerkowej w stan przewlekły (nieuleczalny) zależy przecież od początkowego nasilenia okresu ostrego i zmian, które ten wywołał w nerce dotkniętej. Tem samem liczba R-N w okresie ostrym może dla nas być wskaźnikiem do oceny dalszej przyszłości przypadku ostrego »zapalenia« nerek. Nie wchodząc w szczegóły, które z ciał N może być źródłem zatrucia, lecz stwierdzając znaną równoległość między wysokością liczby R-N we krwi, a występowaniem stanu mocznicowego, na podstawie obliczania N-pozabiałkowego we krwi będziemy sądzić o możliwości wystąpienia stanu mocznicowego w danym przypadku, a tem samem na podstawie liczby R-N rokować o ewentualnej możności wystąpienia mocznicy w ostrem zapaleniu nerek. Rokowanie co do najbliższej więc przyszłości przypadku, zwłaszcza możności wystąpienia stanu mocznicowego, to znowu jeden ze szczegółów klinicznych, w którym pomocnem nam będzie obliczanie liczby N-pozabiałkowego we krwi chorego, z ostrem »zapaleniem« nerek.

Do powyższych uwag dodajmy jeszcze i stwierdzoną zależność liczby R-N we krwi od ilości z pokarmem wprowadzonego białka i wzrost jej pod wpływem pokarmów zawierających azot, zwłaszcza w przypadkach niedomogi nerkowej, co nie może być bez wpływu na kierunek dyety przy schorzeniach nerkowych, a zrozumiemy, jak konieczny jest ten rodzaj badania krwi w przypadkach zajęcia nerek wogóle. Ze względu na wartość obliczania N-pozabiałkowego we krwi w przypadkach schorzenia nerek tak w kierunku rokowania, jak i leczenia, oznaczanie liczby R-N we krwi musimy uważać za jeden z koniecznych sposobów badania klinicznego, równorzędny zwykłemu badaniu moczu, krwi i t. d., czego nowożytna klinika nie może pominąć przy ścisłej ocenie przypadków podobnych.

Literatura[1]).

1) Christian, Frothingham, O. Hare, Woods: Americ. Journ. of. the med. sciences. 1915. 2) Dehnel: Medycyna i Kronika lek. 1914. 3) Franke: Przegl. lek. 1917. 4) Hefter i R. Liebeck: D. A. f. kl. Med. T. 114. 5) Hohlweg: D. A. f. klin. Med. T. 104. 6) Jungmann T.: Z. f. klin. Med. T. 84. 7) Magnus-Alsleben: Über die Nephritis im Felde. Münch. m. Woch. 1916. 8) Monakow: D. A. f. klin. Med. 123. 9) Nonnenbruch: Nierenentzündungen im Felde. Münch. med. Woch. 1916. 10) Oszacki: Z. f. klin. Med. T. 77. 11) Rzętkowski K.: Sprawozdanie Tow. nauk. warsz. 1916. i Posiedz. Tow. lek. krak. 1916. (Przegl. lek. 1917. Nr. 2). 12) Reiss: Z. f. kl. Med. T. 80. 13) Scheel: Ugeskrift for. Lager. 1916. (duńska). 14) Sterling S:. Odczyty kliniczne. Warszawa 1918. 15) Strauss: D. A. f. klin. Med. T. 106. i Die Nephritiden. Berlin i Wiedeń. 1918. Wyd. II. 16) Volhardt: Handbuch d. inn. Med. Mohr-Staehelin. T. III. Część II. 1918. 17) Zondek: Z. f. kl. Med. T. 83.

Ze szpitala powszechnego w Jarosławiu.

W sprawie stopy szpotawej wrodzonej

Podał

Dr Bolesław Lecewicz

b. kierownik szpitala pow. w Jarosławiu, obecnie w Brzeżanach.

Leczenie w niemowlęctwie stopy szpotawej wrodzonej należy do zbyt pospolitych zadań chirurga, wiadomości o racyonalnem traktowaniu w tym wieku dostatecznie są znane, by kusić się o rzucenie pełniejszego światła na tę sprawę. Przypadek zaś, przedstawiony w niniejszej pracy, dotyczący 18-letniej dziewczyny, uznany przez kolegów chirurgów jako nie nadający się do leczenia, przekracza widocznie granicę zwykłych pojęć o tej chorobie i wymaga przeto bliższego zastanowienia się.

Stopę szpotawą (pes varus) cechuje ułożenie stopy w supinacyi tak, iż brzeg zewnętrzny staje się dolnym, wewnętrzny zaś górnym. Zwykle towarzyszy temu zboczeniu zbliżenie palucha ku kostce wewnętrznej, czyli przywiedzenie (adductio) stopy. Często dołącza się opadnięcie palców ku dołowi i podniesienie pięty ku górze, czyli stopa końska (pes equinus). Wada ta zajmuje drugie miejsce w zboczeniach wrodzonych, ustępuje tylko wardze zajęczej. Częściej zdarza się u chłopców, niż u dziewcząt, przyczem częściej dotyczy kończyny dolnej lewej.

Powstanie stopy szpotawej odnieść należy do rozmaitych okresów życia płodowego. Wcześniej rozwija się stopa szpotawa, jeżeli spowodowana jest: brakiem poszczególnych kości wskutek nieprawidłowego zarodkowego rozwoju, nieprawidłowemi przyczepieniami się mięśni i więzadeł, zboczeniami wskutek wad w ośrodkach nerwowych, wreszcie wskutek ucisku przez zrosty owodni. Większość jednak przypadków wytwarza się w drugiej połowie życia płodowego wskutek niestosunku między wielkością

[1]) Podaję tylko poszczególne prace dotyczące przedmiotu, zwłaszcza z lat ostatnich, i to najważniejsze.

płodu a ilością wód płodowych, a co za tem idzie, nadmiernego ucisku ścian macicy na stopy i utrudnienia ruchów kończyn.

Zmiany anatomiczne w przypadkach stopy szpotawej spowodowane brakiem kości, są rozmaite, zależnie od braku tej lub innej kości. Wszystkie inne przypadki, spowodowane przez ucisk na prawidłowe stopy, posiadają stałe charakterystyczne zmiany anatomiczne, zgodne z zewnętrznym obrazem. Supinacya, przywiedzenie (adductio) i zgięcie (flexio), charakterystyczne dla tej wady, muszą spowodować odpowiednie zmiany w kościach. Kość skokowa wskutek nadmiernego zgięcia wysuwa się ku dołowi i przodowi, powierzchnia stawowa w przedniej części wyrodnieje, a styka się z kością piszczelową tylko w tylnej swej części. Szyjka kości skokowej jest wygięta ku wewnątrz, główka zaś zwrócona jest ku dołowi i wewnątrz.



Rys. 1.

Kość piętowa jest wygięta wklęsłością ku wewnątrz. Wskutek wysunięcia się kości skokowej artykuluje kość piętowa z częścią powierzchni stawowej kości piszczelowej. Kość sześcienna i czółenkowata przesunięte są ku wewnątrz. Kości goleni niekiedy są skręcone na wewnątrz. Części miękkie wskutek zbliżenia się punktów przyczepu są skurczone, a więc powięź ścięgnista podeszwy, mięśnie piszczelowe, zginacze palucha i palców, naczynia i nerw, tudzież więzadła między kostką wewnętrzną a kośćmi stępu. Przemieszczone są ścięgna: m. strzałkowego długiego na zewnętrzną stronę kości piętowej, m. piszczelowego tylnego na tylny brzeg kostki wewnętrznej. Ściągna przebiegające na grzbiecie stopy przesunięte są ku wewnątrz i mają rozciągnięte więzadła. Używanie kończyn przy chodzeniu potęguje powyższe zmiany. Wygięcie poszczególnych kości i skręcenie stopy wzmaga się. Grzbiet stopy, pokryty torebką maziową, zastępuje podeszwę. Mięśnie goleni zanikają. Chory, by zachować równowagę ciała. przechyla się wstecz, co wywołuje wytwarzanie się wygięcia kręgosłupa ku przodowi.

Trudności rozpoznawczych w przypadku opisanym nie było żadnych, wszystkie bowiem cechy, powyżej przedstawione, widoczne były na obydwu stopach, jak zresztą dołączona rycina przedstawia.

Julia C., lat 18. licząca, zgłosiła się w styczniu b. r. do operacyi. Wobec rozległych zmian kości stępu, jakoteż skurczenia się części miękkich na podeszwie, operacya Phelpsa mogła jedynie dać dobry wynik.

W uśpieniu chloroformowem po założeniu opaski Esmarcha na kończynę dokonano otwartej tenotomii ścięgna Achillesa, poczem poprowadzono cięcie, prostopadłe do osi stopy, w środku między kostką wewnętrzną a stawem Choparta, długości 3 cm. Obok kostki przecięto ścięgno mięśnia piszczelowego tylnego, powyżej zaś więzadło boczne wewnętrzne (deltoideum) i otwarto staw skokowy. Idąc ku środkowi podeszwy, przecięto ścięgna długiego zginacza palców, m. odwodzącego i długiego zginacza palucha. Po dokonaniu powyższych nacięć stopa w stawie skokowym dała się odprowadzić do pozycyi, w której oś tejże z osią goleni utworzyły kąt prosty. Wygięcie szyjki kości skokowej układało przednią część stopy w przywiedzeniu. Cięciem przeto równoległem do osi stopy odsłonięto szyjkę kości skokowej i wydłutowano z niej klin, rozwarty ku grzbietowi stopy. Stopa przyjęła kształt prawidłowy.

Odstąpiono od zalecanej przez Phelpsa osteotomii szyjki, dokonano natomiast resekcyi klinowej, by usunąć moment dalszego napięcia tkanek miękkich na podeszwie wskutek oddalenia punktów ich przyczepu przy wyprostowaniu (redressement) i by uzyskać ustalenie trwalsze w miejscu przecięcia kości, przez zbliżenie powierzchni kości i założenie grubych szwów katgutowych na okostną. Brzegi ran skórnych zespojono ciągłym szwem katgutowym. Torebki maziowej na grzbiecie stopy nie wycinano na razie z powodu owrzodzeń, znajdujących się na pokrywającej ją skórze. Zapomocą dwu pasków przylepca ustalono stopę, założono opatrunek aseptyczny o równomiernej dość cienkiej war-



Rys. 2.

stwie waty od palców aż do stawu kolanowego, dość mocno uciśnięto opaską kalikotową, poczem założono opatrunek gipsowy okrężny na stopę i goleń. Dalszy przebieg był bezgorączkowy. Po dwu dniach z powodu obrzęku palców opatrunek gipsowy z boku nacięto.

W sześć tygodni zdjęto opatrunek. Rany zgoiły się doraźnie. Stopa, trochę obrzękła, znajdowała się w nadanej podczas operacyi pozycyi, jak rycina druga przedstawia, z tendencyą do zgięcia i przywiedzenia. Chorej zakładano opatrunek przylepcowy, co kilka dni masowano kończynę i kazano chodzić. Po tygodniu chora mogła posługiwać się kończyną bez laski, ruchy w stawie skokowym stale się zwiększały.

Gdyby w danym przebiegu mimo racyonalnego traktowania okazało się, iż stopa opada ku dołowi, przyszycie ścięgna rozginacza palucha po stronie zewnętrznej stopy całkowicie usunie to małe zboczenie.

Wynik, jaki otrzymano w powyższym przypadku, winien przyczynić się w pewnej mierze do posunięcia granicy uleczalności stopy szpotawej wrodzonej.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Lad. Syllaba. **Nauka o lékarském poklepu a poslechu.** Dil prvy: nauka o poklepu. V Praze 1918. Str. 470.

Dzieło profesora uniwersytetu czeskiego w Pradze wydane zostało, jak na czasy wojenne, bardzo wspaniale i ozdobione licznemi tablicami, obrazami i rysunkami, wykonanymi bardzo starannie i na doborowym papierze. Już ta zewnętrzna forma ujmuje korzystnie czytelnika, a przyczynia się do pochlebnej oceny dzieła jeszcze piękny język naukowy i gładki styl, i wreszcie jasny i przejrzysty sposób przedstawienia materyału naukowego, z natury rzeczy suchego i dość ciężkiego. Te wszystkie zalety zapewniają podręcznikowi trwałą wartość i sprawiają,

że dzieło prof. Syllaby stanie się z pewnością cennym dorobkiem w piśmiennictwie naukowem lekarskiem czeskiem, a dla uczącej się młodzieży przyniesie wielką praktyczną korzyść.

Dzieło Syllaby rozpoczyna się obszernym wstępem, w którym autor przedstawia zarys historyczny i rozwój nauki o badaniach fizycznych od najdawniejszych, Hipokratesa sięgających czasów, aż do najnowszej doby; zarys ten ilustrowany jest licznemi podobiznami lekarzy i uczonych, którzy w rozwoju metod fizycznego badania położyli zasługi i stworzyli podstawy, na których opiera się obecna nauka, jak Morgagniego, Auenbruggera, Bichata, Skody, Wintricha, Weila, Purkinyego i t. d. Nie zapomina też autor o swej nauce rodzimej, w której wybija się jako pionier nauki o badaniach fizycznych znakomity prof. Eiselt, chluba uniwersytetu praskiego, którego znaczeniu i zasługom dla nauki czeskiej poświęca autor szereg uwag.

Rzecz właściwa w podręczniku Syllaby dzieli się na trzy części: w pierwszej ogólnej przedstawia autor metodykę i fizykę opukiwania, a więc ogólne postępowanie i technikę badań, omawia najrozmaitsze sposoby opukiwania, przeróżne rodzaje odgłosów oraz ich odcieni, dawniejsze i nowsze metody opukiwania i t. d., podaje też wyniki własnych spostrzeżeń i doświadczeń nad powierzchownem i głębokiem opukiwaniem (str. 136), wreszcie sposoby kontrolowania wyników opukiwania metodami badania rentgenologicznego.

Dalsze części obejmują opukiwania szczegółowe narządów, a więc w części drugiej opukiwanie narządów zdrowych (płuc, serca, wątroby, śledziony, przewodu pokarmowego i t. p.). Tutaj opisuje autor zachowanie się odgłosu opukowego oraz zmiany jego w prawidłowych warunkach, zachowanie się granic narządów, ich topograficzne stosunki, oznaczanie wymiarów i wielkości i t. p. Jak wszędzie, tak i tutaj uwzględnia także swe własne badania oraz spostrzeżenia; tak n. p. w rozdziale o oznaczeniu prawdziwej wielkości serca podaje wyniki swych badań porównawczych, przeprowadzonych na zwłokach i materyale żywym z pomocą kombinacyi metod opukiwania, ortodiagrafii i ortodiaskopii oraz porównuje w ten sposób otrzymane wymiary serca z wynikami badań innych autorów (Dietlen, Moritz, Treupel i t. d.). Z badań tych wynika, że granice i wielkość serca lewego dają się oznaczyć z dokładnością, dochodzącą do 80% przy różnicach wymiarów, wahających się w granicach do $^1/_2$ cm bez porównania łatwiej, niż granice i wielkość serca prawego. Podobnie i w rozdziale o opukiwaniu wątroby i śledziony może autor poszczycić się własnemi badaniami. Na końcu każdego rozdziału pomieszcza autor zestawienie, w którem podaje szereg faktów, uwag, rad i wskazówek, przez co materyał naukowy zyskuje na przejrzystości i praktyczności.

Część trzecia obejmuje opukiwanie narządów w stanach chorobowych czyli t. zw. dyagnostykę opukową; dział ten ilustrowany jest obficie obrazami, rysunkami, rentgenogramami i t. p., które w znacznym stopniu ułatwiają poznanie różnic zmian fizycznych między stanami prawidłowymi a chorobowymi.

W podręczniku swym autor podaje obok terminologii czeskiej wszędzie tam, gdzie chodzi o oznaczenie nazw czy różnych rodzajów opukiwania, czy metod badań, czy technicznych wyrażeń, także terminologie obce, jak francuską, angielską, niemiecką i t. p., przyczem uwzględnia też terminologię polską; w ten sposób książka staje się łatwiej dostępna dla polskich czytelników i ułatwia znacznie zrozumienie treści nawet tym, którzy mniej pewnie władają i tak na ogół dla nas łatwiej zrozumiałym językiem czeskim.

Doc. Dr J. Nowaczyński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe dnia 8 lutego 1918.

Przewodniczący kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 37.

Kol. Sabat składa jako uzupełnienie protokołu z dnia 18. I. 1918. następujące streszczenie swego przemówienia:

Ad. I. Kol. Sabat zauważa, że mięsak skóry niezawsze jednakowo oddziaływa na naświetlania rentgenowskie; niektóre mięsaki skóry są nadzwyczaj wrażliwe na promienie Roentgena, bywają zaś takie, które zachowują się wobec naświetlań zupełnie odpornie. Zazwyczaj guzki szybko rosnące, miękkie, bogate w komórki, oddziałują znacznie lepiej, niż powoli rosnące, ubogie w komórki, a zawierające wiele międzykomórkowej tkanki łącznej. Szybki zanik guzków mięsakowych nie daje jeszcze podstawy do dobrego rokowania. Częste są nawroty. Przed kilku laty pozostawał około 2 lata w leczeniu mowcy przypadek mnogiego mięsaka skóry grzbietu, znany też prof. Łukasiewiczowi. Po dawkach promieniowania 5 H znikały guzki kilkakrotnie, po kilku miesiącach jednak znów pojawiały się. Znane są przypadki, w których guzki mięsakowe skóry bardzo szybko oddziaływały na naświetlania rentgenowskie, jednak wkrótce po naświetlaniach występowały przerzuty w narządach wewnętrznych, wiodące do śmierci, a spowodowane prawdopodobnie szybkim rozpadem guzków skórnych w następstwie naświetlań i rozsianiem w ustroju cząstek nowotworowych, zachowujących jeszcze żywotność. Bardzo wrażliwe na promienie Roentgena są czerwonobrunatne mięsakowe guzki skóry, którą to postać opisał Kaposi jako »sarcoma cutis idiopathicum haemorrhagicum multiplex« i za jaką należy uważać przypadek, przedstawiony przez Kol. Pańczyszyna. Mimo szybkiego znikania guzków na skórze rokowanie w tym przypadku wydaje się mowcy złe; uporczywe wymioty chorego zdają się już wskazywać na przerzuty w narządach wewnętrznych.

Ad II. Kol Sabat sądzi, że dawki promieniowania, stosowane przez kol. Pańczyszyna w omówionym przez niego przypadku twardzieli, są zbyt wielkie. Tak silne naświetlania nie są potrzebne, a mogą być szkodliwe i mimo użycia filtru glinowego należy się obawiać oprócz ostrych uszkodzeń skóry niekorzystnego wpływu promieniowania na czynności narządów wewnętrznych, a także nieraz po dłuższym czasie po naświetlaniach występujących uszkodzeń przewlekłych, na których podłożu może się rozwinąć »rak rentgenowski«. Jak dość obfite doświadczenia wielu au orów, między nimi też i mowcy wykazały, zarówno przy twardzieli nosa i gardła, jak też przy twardzieli krtani i tchawicy można uzyskać znakomite wyniki i zupełne wyleczenie dawkami pro loco $^3/_4$ I ED (ED dawka erytematyczna — I S = 5H = 10 x), stosowanemi co 4 tygodnie. Mowca rozporządza dość bogatem własnem doświadczeniem, gdyż obejmującem 34 przypadki twardzieli, które w ostatnich 9 latach leczył promieniami Roentgena w pracowni rentgenologicznej krajowego szpitala powszechnego we Lwowie i w swoim prywatnym zakładzie rentgenowskim. Leczenie wymagało cierpliwości ze strony chorych i lekarza, gdyż rozciągało się na miesiące, a nawet i lata, to też nie wszyscy chorzy wytrwali w leczeniu. Około 16 przypadków mowca musi uważać za wyleczone. Jako przykład klasycznego wyleczenia promieniami Roentgena może posłużyć przypadek, który mowca omawiał z pokazem fotografii na VIII. Zjeździe rentgenologów w Berlinie w r. 1912. Obrazy te reprodukował H. Schmidt w III. wydaniu swego: »Kompendium der Röntgen-Therapie« (Berlin 1913.). Była to 45-letnia chora, dotknięta daleko posuniętą twardzielą nosa, górnej wargi, podniebienia, jamy nosowo-gardłowej i krtani. Chora była w przeciągu 16 miesięcy naświetlana 13 razy; pojedyncze posiedzenia następowały po sobie w odstępach 1—2 miesięcy. Naświetlane były następujące okolice: 1) warga górna (guzowaty ziarniak), 2) nos zewnątrz, 3) nos wewnątrz, 4) szyja zewnątrz, 5) podniebienie i gardło; okolice 3, i 5. naświetlano przy użyciu wzierników ze szkła ołowianego. — Na poszczególnych posiedzeniach naświetlano dwie lub trzy wymienione okolice, każdą okolicę dawką $^2/_3$—I S. Te dawki wystarczyły do uzyskania zupełnego wyleczenia chorej. Mowca widział ją w 2 lata po ukończeniu naświetlań zupełnie zdrową. Także na podstawie badania mikroskopowego, dokonanego przez kol. Nowickiego, przypadek ten należy uważać za wyleczony. (Kol. Sabat pokazuje fotografie chorej przed i po wyleczeniu.)

Ad III. Kol. Sabat podnosi, że od czasu zapoczątkowania leczenia białaczki promieniami Roentgena w r. 1903. przez Senna w Chicago, pojawiło się kilkaset publikacyi o tym sposobie leczenia tej choroby. Stwierdzają one, że wprawdzie zupełnego wyleczenia białaczki dotychczas nie osiągnięto w żadnym przypadku, że jednak można naświetlaniami rentgenowskiemi w większości przypadków przebieg białaczki wstrzymać, objawy jej złagodzić i życie chorych o kilka lat przedłużyć. Promienie Roentgena są dotychczas bezwątpienia najlepszym środkiem leczenia białaczki przewlekłej, zarówno postaci myeloidalnej, jak i limfatycznej. To też nie można odmówić z pewnemi ograniczeniami słuszności powiedzeniu Belota, że zaniechanie naświetlań rentgenowskich przy białaczce należy stawiać na równi z błędem, popełnionym przez zaniechanie rtęciowego leczenia kiły. W przypadkach białaczki ostrej naświetlania rentgenowskie

przyspieszają niepożądany koniec, są zatem przeciwwskazane. Nie wszystkie też przypadki przewlekłej białaczki oddziałują korzystnie na naświetlania; znaczna ilość przypadków (około 30%) zachowuje się wobec naświetlań zupełnie odpornie, w niektórych zaś przypadkach wskutek naświetlań występuje pogorszenie. W takich przypadkach należy dalszych naświetlań natychmiast zaniechać i chyba po pewnym czasie znów ich próbować, gdyż sposób oddziaływania białaczki na naświetlania w jednym i tym samym przypadku może się zmieniać. Również pod względem przeciągu czasu, po jakim występuje korzystny skutek naświetlań, bywają znaczne indywidualne różnice; bywają przypadki, w których dobry skutek pojawia się dopiero w kilka miesięcy po naświetlaniu. — Co się tyczy wielkości i częstości dawek promieniowania, należy się starać możliwe do osiągnięcia optimum skutku uzyskać przez potrzebne do tego minimum promieniowania, którego, o ile możności, nie powinno się przekraczać. Nadmierne dawki promieniowania mogą być szkodliwe, gdyż, pominąwszy niebezpieczeństwo uszkodzenia skóry i narządów wewnętrznych, należy liczyć się z tem, że białaczka, oddziałująca na pierwszą seryę naświetlań dobrze, staje się przy dalszych nawrotach wobec naświetlań coraz odporniejszą, a nakoniec przestaje na naświetlania pomyślnie oddziaływać. Chodzi więc o to, by przy umiarkowanem stosowaniu wrażliwość chorego ustroju na naświetlania rentgenowskie, wobec których choroba z czasem obojętnieje, jak najdłużej zachować. Wiadomo też, że u chorych na białaczkę już po stosunkowo niewielkich dawkach promieniowania występują niemiłe objawy podmiotowe, jakoto ból głowy, nudności, nawet wymioty, rozwolnienie, uczucie osłabienia, bicie serca, jakoteż przyspieszenie i nieregularność tętna; są to objawy toksemiczne, wywołane rozpadem bardzo wrażliwej na promienie Roentgena tkanki białaczkowej, bujającej w śledzionie i w gruczołach chłonnych. Przy silnych naświetlaniach toksyczne działanie produktów rozpadowych, wytworzonych w krótkim przeciągu czasu w większej ilości, może być dla chorego groźne; należy więc baczyć na to, by produkty te nie nagromadzały się w ustroju w zbyt wielkiej ilości, lecz by przez umiarkowane, na dłuższy przeciąg czasu rozłożone dawki promieniowania rozpad tkanki białaczkowej odbywał się zwolna, w miarę wydalania przez ustrój toksycznych substancyi na zewnątrz. Mowca radzi w czasie naświetlań w białaczce, zwłaszcza, gdy występuje nieregularność i przyspieszenie tętna, stosować środki sercowe ew. też moczopędne. Mowca przestrzega przed tem, by szybkość zmniejszania się ilości ciałek białych w krwi służyła za miernik dobrego skutku naświetlań. Nieraz właśnie gwałtownemu zmniejszaniu się ilości ciałek białych towarzyszy zmniejszanie się hemoglobiny krwi i występowanie objawów groźnej niedokrwistości. Oprócz badania krwi, przeprowadzanego o ile możności w regularnych odstępach czasu, n. p. co 4 tygodnie, powinno się odbywać często wszechstronne dokładne badanie chorego, gdyż tylko tą drogą można uzyskać dyrektywę, czy, ile i jak często należy naświetlać, zwłaszcza, że wśród chorych na białaczkę spotyka się ogromne różnice indywidualne pod względem sposobu oddziaływania na naświetlania rentgenowskie.

Na porządku dziennym omówienie wraz z zaproszonem Gronem aptekarzy sprawy braku środków lekarskich.

Prezes wita gości.

I. Kol. Gluziński zagaił posiedzenie, omawiając przyczyny braku środków lekarskich i opatrunków (nizki stan przemysłu farmaceutycznego w Austryi, brak robotnika, surowców i węgla, zamknięcie dowozu z państw neutralnych, zakaz wywozu z Niemiec do Austryi środków, zawierających alkohol, białko lub tłuszcze).

W dyskusyi, w której imieniem aptekarzy przemawiali p. Sklepiński i Poratyński, z lekarzy natomiast kol. Lenartowicz, Schellenberg, Wiczkowski i Stachiewicz, zgodzono się jednomyślnie, że zaradzić złemu nie można, tylko oszczędzając i uciekając się do »środków zastępczych«, ale należy wystąpić z energicznem żądaniem do władz o przydzielenie aptekom galicyjskim najważniejszych środków lekarskich w odpowiedniej ilości zwłaszcza, że przy dobrej chęci wieleby ich jeszcze się znalazło.

Na wniosek kol. Hornowskiego wybrano komisyę, złożoną z lekarzy kol. Bednarskiego, Gluzińskiego, Lenartowicza, Schellenberga i Schramma oraz aptekarzy p. Sklepińskiego i Poratyńskiego, któraby opracowała odpowiedni memoryał i wniosła go na ręce kol. Halbana, w celu przedstawienia go w odpowiedniej drodze władzom centralnym. Na wniosek kol. Wiczkowskiego komisya ta ma także zająć się sprawą wyjednania u władz zaprowiantowanie konsumów, specyalnie dyetetycznych w potrzebne środki dyetetyczne.

Posiedzenie dnia 15 lutego 1918.

Na znak żałoby i protestu z powodu czwartego rozbioru Polski nie odbył się zapowiedziany wykład, ani demonstracye. Po przemówieniu kol. Hornowskiego i Lenartowicza uchwalono jednogłośnie następującą rezolucyę:

»Towarzystwo lekarskie lwowskie zgodnie z całym Narodem polskim podnosi protest przeciw jaskrawemu pogwałceniu wszelkich zasad moralności i prawa narodów przez państwa centralne oraz piętnuje chytry i nikczemny układ, zawarty w Brześciu przez przedstawicieli dyplomatycznych tychże państw«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Adama Wrzoska, powołanego do Warszawy na katedrę patologii, żegnali słuchacze 6. b. m. w sposób uroczysty, postanawiając zarazem utworzyć przy »Bratniej pomocy medyków« fundusz jego imienia.

Lwów. Na posiedzeniu w d. 6. VII. zajmował się Komitet sanitarnej odbudowy kraju sprawą zniesienia podatków od najtańszych mieszkań (ref. adw. Westreich) i sprawą inwalidów cywilnych (ref. prof. Halban).

— Z powodu przepełnienia klinik i pracowni wprowadza Wydział lekarski od najbliższego półrocza »numerus clausus«; przyjętych będzie na pierwsze półrocze tylko 125 słuchaczy.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza cały szereg konkursów na prace naukowe, jako to im. Koczorowskiego (nagroda 300 rb., termin 31. III. 1919), Chałubińskiego (nagroda 200 rb., termin 31. I. 1920), Helbicha (nagroda 150 rb., termin 1. III. 1919), Wszebora (z patologii lub higieny, nagrody po 240 rb., termin 31. I. 1922), Pląskowskiego (z psychiatryi, nagroda 180 rb., termin 1. IV. 1920), Dobrzyckiego (z balneologii i klimatologii, nagroda 700 rb., termin 1922), Knolla (z chirurgii, nagroda 475 rb., termin 15. IX. 1918), Konitza (z ginekologii, nagroda 370 rb., termin 31. III. 1920), Halperna (z przemiany materyi, nagroda 700 rb., do 15. IV. 1920). Prace konkursowe należy przesyłać do rąk sekretarza stałego Towarzystwa lek. (Warszawa, Niecała 7).

— Rada Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego postanowiła rozszerzyć działalność Towarzystwa na całe Królestwo i zwołać w jesieni r. b. Polski Zjazd przeciwgruźliczy do Warszawy.

Zmarli. Dr Jan Rostkowski, lekarz szpitala praskiego w Warszawie, zginął tragicznie, zamordowany przez żołnierza niemieckiego, w 32 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

L. 2360/18.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Magistrat miasta Gródka Jagiellońskiego rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Gródku Jagiellońskim z roczną płacą 1600 koron i trzema pięcioleciami po 200 koron oraz dodatkiem drożyźnianym na czas wojny w wysokości 75% od płacy z terminem do 8. sierpnia 1918 r. włącznie.

Do podań należy dołączyć:

1) metrykę urodzin, wykazującą nieprzekroczony 40 rok życia,

2) prawo obywatelstwa austryackiego,

3) dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uprawniający do praktyki lekarskiej w kraju,

4) świadectwo z odbytej dwuletniej praktyki przy szpitalu publicznym.

Wymaganą jest dokładna znajomość obu języków krajowych oraz niemieckiego w słowie i piśmie.

Porada lekarska dla miejskich urzędników i sług oraz ubogich bezpłatnie.

Posada nadaną będzie na jeden rok prowizorycznie, a po upływie tego czasu w razie zadawalniającej służby może nastąpić ustalenie na tejże.

Gródek Jagielloński 4. lipca 1918. 248

Smajda, zast. burm.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.